

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 juillet 1892, à une heure

Par ALBERT TULASNE

Né à Loches (Indre-et-Loire), le 26 Avril 1865

ÉTUDE SUR DEUX CAS

DE

LIPOMES DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE

Président : M. GUYON, professeur,
Juges : MM. { DUPLAY, professeur.
{ BERGER, RÉMY, agrégés.

IMPRIMERIE DES THÈSES
de la
FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS
OLLIER-HENRY,
11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE,
PARIS
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1892

THÈSE

N°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 24 juillet 1892, à une heure

Par ALBERT TULASNE

Né à Loches (Indre-et-Loire), le 26 Avril 1865

ÉTUDE SUR DEUX CAS

DE

LIPOMES DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE

Président : M. GUYON, professeur,

Juges : MM. DUPLAY, professeur.
BERGER, RÉMY, agrégés.

IMPRIMERIE DES THÈSES

de la

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

OLLIER-HENRY,

11 ET 13, RUE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE,

PARIS

—
1892

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. BROUARDEL
Professeurs.	MM.
Anatomie.	FARABEUF.
Physiologie.	CH. RICHET.
Physique médicale.	GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.	GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.	BAILLON.
Pathologie et thérapeutique générales.	BOUCHARD.
Pathologie médicale	{ DIEULAFOY.
Pathologie chirurgicale.	{ DEBOVE.
Anatomie pathologique.	LANNELONGUE.
Histologie	CORNIL.
Opérations et appareils.	MATHIAS DUVAL.
Pharmacologie	TILLIAUX.
Thérapeutique et matière médicale	POUCHET.
Hygiène	HAYEM.
Médecine légale	PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	BROUARDEL.
Pathologie comparée et expérimentale.	LABOULBÈNE.
	STRAUS.
	{ G. SÉE.
Clinique médicale	{ POTAIN.
	{ JACCOUD.
	{ PETER.
	GRANCHER.
Maladies des enfants	BALL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.	FOURNIER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	CHARCOT.
Clinique des maladies du système nerveux.	{ VERNEUIL.
	{ LE FORT.
Clinique chirurgicale.	{ DUPLAY.
	{ LE DENTU.
Clinique des maladies des voies urinaires	GUYON.
Clinique ophthalmologique.	PANAS.
Cliniques d'accouchements	{ TARNIER.
	{ PINARD.

Professeurs honoraires.

MM. SAPPEY, HARDY, PAJOT et REGNAULD.

Agrégés en exercice.

MM. BALLET.	MM. FAUCONNIER	MM. NÉLATON.	MM. RIBEMONT-
BAR.	GILBERT.	NETTER.	DESSAIGNES
BLANCHARD	GLEYS.	POIRIER, chef	RICARD.
BRISSAUD.	HANOT.	des travaux	ROBIN (Albert)
BRUN.	HUTINEL.	anatomiques	SCHWARTZ.
CAMPENON.	JALAGUIER.	QUENU.	SEGOND.
CHANTEMES-	KIRMISSON.	QUINQUAUD	TUFFIER.
SE.	LETULLE.	RETTERER.	VILLEJEAN.
CHAUFFARD	MARIE.	REYNIER.	WEISS.
DEJERINE.	MAYGRIER.		

Secrétaire de la Faculté: M. Ch. PUPIN.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES GRANDS PÈRES ET A MES GRANDS MÈRES.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE.

A MON FRÈRE.

A MA FAMILLE.

A MES AMIS.

A MES MAÎTRES

MESSIEURS LES PROFESSEURS DE L'ÉCOLE DE MÉDECINE DE
NANTES

MESSIEURS LES MÉDECINS ET CHIRURGIENS DES HOPITAUX
DE NANTES

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE DOCTEUR GUYON,

Professeur à la Faculté de Médecine
Membre de l'Académie de Médecine
Chirurgien de l'Hôpital Necker
Chevalier de la Légion d'Honneur

ÉTUDE SUR DEUX CAS

DE

LIPOMES DE LA RÉGION ÉPIGASTRIQUE

INTRODUCTION.

Pendant notre dernière année de stage dans le service de notre maître M^r le D^r Boiffin, il nous a été donné d'observer deux cas de tumeurs graisseuses développées dans les parois de l'abdomen. Nous avons cru que ces deux tumeurs très intéressantes par le siège qu'elles occupaient et par l'intensité extraordinaire des douleurs et des troubles fonctionnels qu'elles occasionnaient, pouvaient faire le sujet de notre thèse inaugurale. Aussi, guidé par les conseils de notre excellent maître, nous avons recherché si, dans la littérature médicale, il n'y avait pas de cas semblables aux nôtres.

Qu'on nous pardonne notre témérité, si, malgré le petit nombre de matériaux que nous avons pu réunir, nous avons entrepris cette étude. Heureux serons-nous, si nous pouvons

appeler l'attention sur une partie de Pathologie Chirurgicale encore peu connue.

Avant d'exposer la question, qu'il nous soit permis d'adresser ici l'expression de notre reconnaissance à M^r le professeur Boiffin dont la bienveillance ne s'est jamais démentie dans le cours de nos études, et en particulier pendant ce travail.

Que MM^{rs} les professeurs Hervouët et Malherbe veuillent bien recevoir ici l'assurance de notre gratitude pour les conseils et les excellentes leçons qu'ils nous ont donnés pendant nos études médicales.

Nous ne pouvons oublier non plus nos amis ; le D^r Monnier, la cordialité la plus franche n'ayant cessé de nous unir pendant toutes nos années d'études, et le D^r Sureau dont la connaissance de la langue allemande nous a été si utile.

Nous remercions aussi vivement M^r le professeur Guyon de l'honneur qu'il nous fait en voulant bien accepter la présidence de notre thèse.

DIVISION DU SUJET.

Nous n'entreprendrons pas l'étude complète des lipomes qui a déjà été faite bien des fois. Nous nous attacherons exclusivement aux deux observations que nous avons pu recueillir, et nous essaierons d'en tirer le meilleur parti possible.

Voici le plan que nous suivons : nous étudierons successivement :

- I. l'étiologie
- II. la symptomatologie
- III. l'anatomie pathologique
- IV. le diagnostic
- V.

{	le pronostic
	la marche
	le traitement

VI. Nous terminerons par les deux observations qui font le sujet de notre thèse.

ETIOLOGIE

Ou sait fort peu de choses sur l'étiologie des lipomes. Les auteurs ne disent à peu près rien de l'influence de l'âge et du sexe : Blascho (1) aurait rencontré dans une même famille des tumeurs se développant uniquement chez les hommes alors que toutes les femmes en étaient exemptes. Il appelle l'attention sur l'hérédité, mais ne conclut pas en faveur de celle-ci. On observe les lipomes aussi bien chez l'homme que chez la femme, chez l'enfant que chez le vieillard, toutefois c'est plutôt une tumeur de l'âge moyen et de la vieillesse.

La plupart du temps, les malades reconnaissent pour cause de la tumeur une chute, un coup, un effort ; mais il est à remarquer que le néoplasme existe déjà depuis longtemps quand cet incident attire l'attention du malade. Broca (2) nous dit que : « la contusion n'est qu'une cause occasionnelle qui en éveillant de la douleur attire l'attention des malades sur le point frappé et leur dévoile l'existence d'une petite tumeur jusqu'alors indolente et inaperçue. » Nous retrouvons la même idée dans Nélaton. (3) « Le lipome ne fixe l'attention du

(1) BLASCHO. *Archiv für pat. anat.* Berlin 1891, T 124 p. 175.

(2) BROCA. *Traité des tumeurs* 1866, I, 143.

(3) NÉLATON. *Path. Chir.* 1868, I, 511.

« malade qu'à une époque plus ou moins tardive et lorsque par
« ses dimensions progressivement accrues, il est devenu bien
manifeste, »

Nous devons donc rechercher ailleurs la véritable cause de ces tumeurs : La malade de notre observation I accuse une chute ; elle tombe dans un fossé, le contre-coup produit une secousse violente à la région épigastrique en même temps qu'une vive douleur retro-sternale. Trois semaines après, elle constate qu'il s'était formé dans cette région une tumeur ayant déjà le volume d'un œuf de pigeon. Il nous semble impossible qu'une semblable cause ait donné subitement naissance à une tumeur sus-aponévrotique si volumineuse. L'Étiologie est différente, croyons-nous ; nous devons la rechercher dans les occupations journalières de cette fille de ferme, soumise aux rudes travaux des champs. Les femmes de la campagne, on le sait, portent habituellement de lourds fardeaux, paniers, sacs, etc, qu'elles appuient sur la région épigastrique, tandis que leurs deux mains les soutiennent en avant et les serrent sur cette région, qui subit ainsi des pressions répétées plusieurs fois par jour. L'habitude de ne pas faire usage de corset favorise ces pressions et les rend presque inévitables.

Dans la seconde observation, cette même cause est encore plus nette. Cette femme de pêcheur affirme, et cela à plusieurs fois différentes, avoir toujours appuyé de lourds paniers chargés de poissons sur la région épigastrique. En rapprochant ces deux observations, il ressort très-nettement que les

tumeurs seraient dûes aux pressions exercées toujours au même endroit et variant suivant les occupations des malades : tels, les garçons meuniers, les forts de la halle, les cordonniers, les bouchers, les porte-faix. Cruveilhier (1) avait d'ailleurs déjà reconnu cette cause quand il disait : « Je ne doute pas « qu'une pression soit violente, et forte, soit modérée mais « continue ou intermittente ne puisse devenir la cause de ces « productions adipeuses. »

Tillaux (2) rapporte l'observation d'un lipome développé dans un cas analogue chez une femme de 40 ans, domestique dans une librairie, « employée toute la journée à porter d'é-
« normes paquets de livres qui reposent sur le creux épigas-
« trique pendant le marche. Elle attribue à cette pression
« constante la production de sa tumeur. »

Outre cette cause locale mécanique, reconnue par tous les classiques, il y a sans doute une cause générale dont la nature est difficile à déterminer. Blascho (3), avons nous lit, attire l'attention sur l'hérédité, sans toutefois donner une conclusion certaine. Cohnheim (4) admet une disposition spéciale des tissus : le développement de ces tumeurs serait dû à une anomalie de développement du tissu embryonnaire. Sous l'influence d'une cause quelconque, traumatique, chi-

(1) CRUVEILHIER. *Anat. path. gén.* 1856. III 302.

(2) TILLAUX. *Semaine médicale*, 15 juin 87. 241.

(3) BLASCHO. *Loco citato*.

(4) COHNEIM. *Deutsche Zeits für Chir.* 1887. 350

mique, etc, il se produit d'abord une irritation locale du tissu, puis ensuite un néoplasme.

En somme, on ne connaît pas la cause véritable qui produit ces néoplasmes. Nous en sommes réduit à n'admettre comme paraissant bien démontrées que ce que nous appellerons les causes déterminantes, soit le traumatisme, soit les pressions ou violentes ou faibles, mais continues ou répétées.

SYMPTOMES

Les signes symptomatologiques accompagnant l'évolution première des tumeurs qui nous occupent n'ont rien de bien caractéristiques ; rien n'est plus insidieux que le début du lipome quelque part qu'il siège. Tout est encore obscur dans les phénomènes qui accompagnent son développement. Si nous nous en rapportons aux deux observations que nous citons à la fin de notre thèse, nous voyons que le mal évolue lentement, passe inaperçu jusqu'à ce qu'un incident quelconque (chute pour la 1^{re} observation, fatigue excessive pour la 2^{me}) attire l'attention des malades du côté de la tumeur. Quelquefois même, c'est par hasard seulement, grâce à la déformation qu'elles produisent, que le malade s'aperçoit de l'existence de ces tumeurs, qui pour lui se caractérisent par un soulèvement de la peau. Mais peu à peu la grosseur augmentant, apparaissent des symptômes que nous allons essayer d'esquisser.

A l'inspection, on observe à la partie médiane et supérieure de la partie abdominale, au dessus de l'ombilic, une saillie paraissant bien circonscrite, siégeant dans cette région ordinairement déprimée qu'on appelle creux épigastrique. La saillie peut être nettement accusée et alors les bords de la tumeur sont bien dessinés (obs. 1) ; d'autres fois, les contours

peuvent être mal délimités (obs. 2) la saillie est alors moins nette. Comme dans les lipomes ordinaires, on ne trouve aucune modification spéciale des tissus avoisinants ; la peau qui recouvre la tumeur conserve ses caractères normaux, elle ne paraît pas amincie, elle est en continuité parfaite avec la peau de la paroi de l'abdomen, sans induration, sans vascularité anormale, sans changement de couleur.

Comme forme, la tumeur est arrondie, hémisphérique, mais aplatie par les pressions continues auxquelles elle est soumise. Son volume est peu considérable, il atteint celui d'une mandarine : il peut même varier, puisque au dire de la malade (obs. 4), il serait moindre après le repos de la nuit, et augmenterait après le travail de la journée, et sous l'influence de l'effort.

Si nous recherchons, par les autres modes d'exploration, quels sont les symptômes fournis par cette saillie anormale, la palpation nous confirme dans ce que nous avons observé par la simple vue : toutefois ces signes sont variables suivant que nous nous trouvons en présence d'un lipome encapsulé ou d'un lipome diffus. S'il s'agit de lipome diffus, la peau saine peut adhérer légèrement à la tumeur, tandis qu'on peut la faire glisser facilement au devant du lipome encapsulé. La consistance de ce dernier est molle, comme fluctuante, la masse semble fuir sous le doigt qui la presse, et on éprouve une sorte de rénitance, de consistance à laquelle on a donné le nom de lipomateuse. Cette sensation est moins nette dans le lipome diffus, il est moins fluctuant, on éprouve plutôt une

sensation d'empâtement ; si l'on prend la tumeur entre les doigts, on voit se former à la surface des saillies, des bosselures inégales, qu'on reconnaît pour de petits lobules nettement séparés que l'on peut faire glisser les uns sur les autres. On peut encore sentir sous la peau des sortes de prolongements qui partent de la circonférence et qui constituent des espèces de lobules moins distincts et moins facilement appréciables. Ce lipome diffus paraît mobile, et semble ne pas avoir d'adhérences avec les muscles sous-jacents. Bien qu'on ne puisse obtenir qu'un déplacement en masse, la main éprouve la sensation qu'il n'existe pas de pédicule. Dans le lipome encapsulé (obs. I), nous avons la sensation d'une tumeur franchement pédiculée, mobile sur ce pédicule ; elle est facile à isoler des parties voisines et à déplacer dans tous les sens, sauf en arrière où elle semble adhérente, ce qui donne à la main la sensation d'un pédicule.

Les symptômes les plus accusés sont fournis par des troubles dépendants des fonctions digestives. La plupart de ces symptômes se retrouvent dans les hernies graisseuses. Les malades ressentent des crampes gastriques, éprouvent une sensation de plénitude après les repas, l'appétit est diminué ; en même temps que les crampes, apparaissent des nausées et même des vomissements, d'abord alimentaires, puis bilieux. Ce mauvais état des voies digestives donne naissance à des phénomènes sympathiques, tels que violentes céphalalgies, dyspnée et insomnie. On constate aussi de l'essoufflement ce qui gêne beaucoup pour un rude travail.

Ces troubles digestifs et respiratoires sont accompagnés d'une sensation de gêne et de pesanteur à la région épigastrique, sensations qui diminuent par la compression et qui peuvent augmenter dans le décubitus. Ces troubles peuvent également s'accompagner d'une douleur d'intensité variable, douleur qui existe dans nos deux observations et qui se présente avec des caractères différents. La malade (obs. I) éprouve des douleurs lancinantes, sans irradiation, siégeant dans la région stomacale. La tumeur n'est le siège d'aucune douleur spontanée, cependant quand elle grossissait les phénomènes douloureux augmentaient. La palpation à moins d'être forte et violente ne les exagère pas. Les douleurs ressenties par la seconde malade sont absolument différentes. La tumeur au moindre toucher est le siège d'une sensibilité très douloureuse. Elle siége à l'épigastre comme dans l'observation précédente, mais elle en diffère en ce qu'elle peut naître spontanément ; elle est tellement vive qu'elle prive la malade de sommeil.

Ces troubles fonctionnels donnent lieu à des symptômes généraux qui retentissent sur l'organisme tout entier.

Ainsi, nous voyons cette fille âgée de 31 ans, qui, au moment du début apparent de la tumeur, jouissait d'une santé florissante, être très débile au moment de son entrée à l'hôpital.

Il en résulte un affaiblissement graduel des forces, proportionnel aux changements de volume de la tumeur, plus celle-ci prend d'extension, plus les forces diminuent.

Cet état, qui s'accompagne de diarrhée et qui peut aller jusqu'à l'émaciation, amène les malades à demander les secours de la chirurgie. Le facies surtout est frappant, il exprime la tristesse, l'abattement, le découragement le plus profond. Sous la dépendance de ce nouvel état, la santé générale devient de plus en plus mauvaise, et la malade ne se sent plus d'aptitude ni pour l'ouvrage manuel ni surtout pour le travail intellectuel. La préoccupation causée au patient par cet état de santé le conduit à l'hypocondrie.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'anatomie pathologique des lipomes est trop connue pour que nous consacrons un long chapitre à ce sujet. Les travaux de Verneuil et les études de Cornil et Ranvier sur le tissu adipeux sont trop complets pour que nous nous permettions d'y revenir. Nous ne dirons donc que quelques mots d'anatomie pathologique.

Examen macroscopique

Immédiatement après l'ablation des lipomes, on examina avec soin la ligne blanche ; on ne découvrit aucune éraillure qui aurait donné la sensation d'un anneau à travers lequel se serait engagée la tumeur ; c'était donc bien un lipome.

Sur une coupe, la surface de section jaunâtre offre le même aspect que le tissu adipeux normal ; et la tumeur paraît formée par des lobules graisseux faisant hernie entre les deux lèvres de l'incision.

La première tumeur enlevée était enfermée dans une trame fibreuse, la séparant nettement de tout le tissu graisseux environnant. Cette enveloppe fibreuse, peu adhérente du côté de la peau, envoyait par sa face postérieure des fila-

ments fibreux très résistants qui l'unissaient assez fortement au tissu aponévrotique. Malgré cette adhérence, le lipome avait été facile à énucléer.

La seconde tumeur, lipome diffus, fut plus difficile à isoler, car les lobules se continuaient sans limite distincte avec le tissu adipeux environnant. Il faut apporter toute son attention pour enlever complètement cette tumeur. Cette hypertrophie locale du tissu graisseux nous explique bien la sensation lobulée éprouvée à la palpation, ainsi que le déplacement en masse qu'on pouvait obtenir.

Examen microscopique

Les tumeurs, qui au moment de l'extirpation étaient molles, ont durci au contact de l'air, nous les durcissons encore en les faisant tremper dans l'alcool et la gomme. Puis, nous en faisons des coupes que nous montons et soumettons à l'examen de notre savant professeur d'histologie, M. le Dr Malherbe. Ces coupes nous montrent le tissu conjonctif formant autour de la tumeur une capsule très serrée. Cette enveloppe contient quelques capillaires sanguins très déliés, et donne naissance aux cloisons interlobulaires.

Les cellules adipeuses « plus développées que celles de la graisse saine » comme l'a démontré Verneuil, (1) sont réunies pour former les lobules. A côté de ces cellules, et parfois à

(1) VERNEUIL. *Société de biologie*, 1854. 11.

leur centre, on remarque de fines aiguilles qui s'irradient vers la périphérie, ce sont des cristaux de margarine.

Les lobules, formés par les cellules adipeuses, sont eux-mêmes beaucoup plus volumineux qu'à l'état normal.

On peut donc dire qu'il y a identité parfaite entre le tissu du lipome et celui du tissu adipeux normal; ils ne diffèrent l'un de l'autre que par les dimensions des cellules qui sont en général plus grandes dans le néoplasme.

DIAGNOSTIC.

Quand on constate la présence d'une petite tumeur à la région épigastrique, s'accompagnant de douleurs et de symptômes fonctionnels du côté de l'estomac, la première idée qui vient à l'esprit, c'est qu'on a affaire à une hernie épigastrique; en effet, les autres tumeurs de cette région sont encore plus rares que la hernie et, si elles déterminent des troubles digestifs et des douleurs, on peut trouver dans leur examen plusieurs signes qui peuvent permettre de reconnaître facilement soit un fibrome, soit un angiome, soit un kyste sébacé par exemple.

Au contraire, le lipome douloureux avec troubles digestifs, présente beaucoup de points communs avec la hernie épigastrique, constituée soit par la graisse sous péritonéale (hernie graisseuse), soit par l'épiploon (hernie épiploïque proprement dite). Et, ce diagnostic présente un grand intérêt au point de vue de la gravité de l'intervention, car dans le cas de hernie proprement dite et même dans le cas de hernie graisseuse avec diverticule péritonéal, l'ouverture du péritoine rend l'opération plus sérieuse, exige que les précautions d'asepsie soient rigoureusement prises. Et l'on fera accepter bien plus facilement l'opération, si l'on peut affirmer qu'il ne s'agit que d'une incision de la peau, et non pas d'une

cure radicale de hernie dont le nom seul peut encore effrayer le malade.

Mais, au point de vue de la difficulté du diagnostic, il faut encore distinguer entre le lipome diffus et le lipome encapsulé.

Le lipome diffus se fait reconnaître facilement par sa forme mal limitée, par ses connexions intimes avec la peau, par sa mobilité parfaite sur le plan aponévrotique profond, au-dessus duquel il s'étale sans le déprimer, par ses lobulations fort apparentes sous la peau quand on saisit transversalement la tumeur, par son irréductibilité, par l'absence d'expansion de la masse pendant l'effort et la toux. On peut ainsi trouver un ensemble de signes qui permet de faire distinguer le lipome de la hernie graisseuse ou épiploïque, dont la caractéristique est la présence d'une masse très bien limitée avec pédicule l'attachant à l'aponévrose sous-jacente.

Le diagnostic du lipome encapsulé de la région épigastrique est au contraire très difficile et d'un grand intérêt; en effet, le malade vient trouver le chirurgien parce qu'il éprouve tous les symptômes d'une hernie épigastrique, douleur au niveau de la tumeur, troubles digestifs, tiraillements profonds pendant les mouvements, pendant les efforts surtout et jusqu'à l'augmentation du volume de la tumeur après le travail qui congestionne celle-ci par des pressions répétées.

Ce n'est donc que par l'examen de la tumeur que l'on peut éviter l'erreur, encore faut-il que cet examen soit attentif et

minutieux, car les caractères du lipome encapsulé simulent singulièrement ceux de la hernie épigastrique.

La forme de la tumeur est aussi régulièrement arrondie que celle de la hernie munie d'un sac complet.

Les limites, par rapport au tissu graisseux sous cutané, sont aussi nettement accusées que celles de la hernie épiploïque irréductible et plus nettement encore que celles de la hernie graisseuse qui vient diffuser sous la peau. Les connexions avec la ligne blanche semblent être très intimes, et simuler un pédicule herniaire ; en effet, quand on cherche à soulever la tumeur, les faisceaux de tissu conjonctif de sa face profonde se tendent, se réunissent en un faisceau donnant la sensation d'un pédicule qui semble s'enfoncer avec la ligne blanche très large à ce niveau ; mais on ne sent aucun orifice fibreux laissant passer le pédicule, et celui-ci semble se déplacer suivant que l'on porte la tumeur à droite ou à gauche, en haut ou en bas.

L'irréductibilité de la masse graisseuse s'accorde très bien avec l'idée d'une épiplocèle adhérente dont les bosselures seraient dues à des poussées inflammatoires successives. Cependant les lobules graisseux du lipome sont plus réguliers de volume et de consistance que ceux d'une ancienne épiplocèle.

Enfin, si l'on recherche le mouvement d'expansion que détermine la toux, l'effort dans une tumeur herniaire, on éprouve cette même sensation en saisissant un lipome encapsulé épigastrique par son équateur et en faisant tousser

le malade. En effet, par la pression des doigts, on allonge la ligne des pôles qui soulève la peau et déprime l'aponévrose. Dans la toux, celle-ci se tend par l'effort musculaire, et repousse le pôle correspondant contre la peau ; cette poussée se transmet aux doigts explorateurs qui éprouvent une sensation simulant l'expansion, mais il n'y a pas la sensation de crépitation due au passage de nouvelles parties d'épiploon chassées de la cavité abdominale et y rentrant ensuite. De plus, enfin, la contraction des muscles droits sous le phénomène de l'effort n'immobilise pas le lipome sous cutané, la hernie graisseuse est immobilisée.

On voit donc combien doit être attentif cet examen pour éviter l'erreur, encore y aura-t-il des cas où l'on restera dans le doute. En effet, on sait déjà combien est difficile le diagnostic entre la hernie épiploïque et la hernie graisseuse proprement dite, il sera aussi souvent embarrassant avec le lipome sous cutané.

PRONOSTIC. MARCHE. TRAITEMENT.

Tous les auteurs reconnaissent que les lipomes sont des tumeurs bénignes, qu'elles ne retentissent pas sur l'économie générale. « Les adipomes constituent une lésion purement locale, indépendante de l'état général, n'incommodant que par leur volume et se conciliant avec la santé la plus parfaite. » nous dit Cruveilhier(1). Nous reconnaissons que, par elles-mêmes, ces tumeurs ne constituent pas une affection sérieuse ; que le plus souvent l'état général se conserve très bon. Mais, quand elles donnent lieu à des symptômes semblables à ceux que nous avons remarqués, le pronostic change entièrement. La santé du sujet ordinairement parfaite devient moins bonne, il y a diminution des forces, émaciation, il peut même y avoir des accidents plus fâcheux. Ce sont surtout les accidents déterminés du côté de l'appareil digestif qui rendent le pronostic plus grave. Par ces troubles, cette tumeur bénigne peut devenir préjudiciable au malade qui ne peut plus se livrer aux travaux pénibles assurant son existence. D'ailleurs, sans aller aussi loin, la tumeur peut grossir considérablement, et causer une difformité désagréable, chez la femme surtout, ou encore

(1) CRUVEILHIER. *Anat path.* III, 305.

être le sujet d'inquiétudes exagérées de la part du malade.

De plus, elle peut déterminer des accidents assez graves, puisqu'elle peut s'enflammer, se gangréner, s'ulcérer. Au point de vue de la dégénérescence cancéreuse, ou sarcomateuse, dont on s'est occupé beaucoup et à laquelle on croyait volontiers autrefois, la question semble tranchée maintenant. Malgré les exemples de Cruveilhier (1), de Dupuytren (2), de Lardier (3) qui en aurait observé deux faits, il faut rejeter complètement cette idée. Il suffit cependant de savoir que les lipomes peuvent déterminer les accidents dont nous avons fait mention pour être autorisé à les enlever promptement. Toutefois, l'opération n'est pas urgente, parce que cette affection n'a aucune tendance à revêtir la marche des tumeurs malignes.

La marche est lente et insidieuse ; ce néoplasme peut rester longtemps stationnaire, ou grossir lentement pendant de longues années. Les malades ne consultent le médecin qu'à une période tardive, alors que le développement de la tumeur entraîne avec lui des phénomènes locaux, ou porte atteinte à certaines fonctions. L'indolence, le peu de gêne fonctionnelle du début, rien n'attire l'attention du malade ; alors le chirurgien ne peut intervenir ou bien ne peut faire accepter une opération parce que la tumeur ne produit aucun trouble. Au contraire, lorsqu'elle est devenue douloureuse, ou qu'elle a

(1) CRUVEILHIER. *Loco citato*.

(2) DUPUYTREN. *Cliniques chirur.* 1839, IV, 425.

(3) LARDIER. *Journal de méd. et chir. pratiques*, 1889, n° 60, p. 605.

acquis un volume considérable ou gênant, les malades viennent eux-mêmes le plus souvent demander l'opération.

Le plus ordinairement le manuel opératoire est simple, puisque ces tumeurs sont superficielles, de volume médiocre, et sans connexion avec le péritoine, par là même l'inflammation de cette séreuse n'est pas à redouter. De plus, l'opération est sans danger, sans suites fâcheuses pour le malade ; on n'a point à craindre d'hémorrhagies ni d'accidents consécutifs, si toutes les précautions aseptiques ont été bien prises.

Les classiques décrivent 3 moyens : la cautérisation, la ligature, l'extirpation au bistouri. Nous allons les passer en revue et dire quelle doit être la méthode de choix :

La cautérisation agit lentement, elle est très douloureuse ; il pourrait y avoir suppuration et infection ; donc elle ne convient pas pour ces tumeurs.

La ligature ne peut s'employer que pour les lipomes pédiculés, encore c'est un moyen long, ennuyeux et douloureux, il vaut mieux employer le bistouri.

L'extirpation au bistouri est le moyen dont on doit se servir de préférence ; d'un côté il est plus facile, plus rapide que les précédents, de l'autre le chirurgien est plus sûr de l'opération.

Pour éviter aux malades, la douleur que pourrait causer une intervention aussi bénigne, on peut se servir soit de chloroforme, soit d'une injection sous cutanée de chlorhydrate de cocaïne pour produire l'anesthésie. Quand les sujets sont assez courageux pour supporter facilement la

vue des préparatifs de l'opération, il vaut mieux s'en tenir aux injections de cocaïne qui ont cet avantage sur le chloroforme, de ne déterminer aucun trouble tels que hébétude, nausées, vomissements produits par les inhalations de l'agent anesthésique dans les heures qui suivent l'opération, quelquefois même plusieurs jours après. Si l'on choisit la cocaïne on fait autour de la tumeur et sur la ligne où doit porter l'incision, une injection sous-cutanée de quelques gouttes. Au bout de 10 minutes, l'anesthésie est complète. On incise la peau, on dissèque les lèvres de la plaie pour rompre les adhérences qui relient la tumeur aux tissus voisins, et on enlève celle-ci d'avant en arrière après l'avoir isolée minutieusement jusqu'à la face profonde; ou bien on la divise en deux moitiés, et on l'énuclée d'arrière en avant. Cette énucléation est facile pour les lipomes encapsulés, mais pour les lipomes diffus, on se heurte à des difficultés réelles. Essayer de distinguer les lobules graisseux normaux ordinairement plus petits des lobules pathologiques plus gros pour delimitier exactement la tumeur est chose presque impossible. Il vaut mieux dépasser les limites de la tumeur, faire une ablation complète pour ne pas laisser en place de prolongement pouvant donner naissance à un nouveau lipome après l'ablation du premier. Ordinairement il n'y a pas récurrence, puisque le lipome est une tumeur bénigne par excellence. Cependant Vogel (1) cite un cas où un lipome. « s'est reproduit même plusieurs

VOGEL. *Anat. path.* 1847. 192..

fois de suite, après qu'il en eût pratiqué l'extirpation. » Perrotte (1), dans sa thèse, rapporte le cas de Michon (2) qui, chez une femme de 30 ans, enlève une première fois en 1846 un lipome de la cuisse; en 1853 une nouvelle tumeur se forme à la même place et est enlevée une seconde fois en 1866. Poulet (3), dans son mémoire sur les lipomes de la main, cite également le cas de Block où il y eût récurrence. Nous pensons toutefois que les cas de récurrence des lipomes sont excessivement rares.

Pendant le cours de l'opération, l'hémorrhagie, ordinairement peu abondante, est arrêtée au moyen de pinces à pression, puis par des ligatures faites au catgut, ou à la soie phéniquée ayant subi dans l'autoclave une température de 120°.

On suture ensuite les lèvres de l'incision, en ayant soin de laisser un espace libre sans mettre un drain pour l'écoulement de la sérosité. On applique enfin un pansement antiseptique et compressif afin d'obtenir une prompte réunion immédiate.

(1) PERROTE. *Thèse Paris* 1857.

(2) MICHON. *Gaz. des hôpitaux*, 20 janvier 1846.

(3) POULET. *Revue de chirurgie* 1886. 609.

OBSERVATIONS.

Malgré nos nombreuses recherches, nous n'avons trouvé d'exemples analogues aux nôtres, ni dans les auteurs classiques, ni dans les publications françaises ou étrangères qu'il nous a été donné de parcourir.

Nous rapportons les deux observations suivantes.

1^o lipome encapsulé de la région épigastrique.

2^o lipome diffus de la région épigastrique.

Ces tumeurs, présentées par M. le Dr Boiffin, à la Société anatomique de Nantes, le 10 juin 1891, sont classées sous les nos 172 et 171, de la collection du laboratoire d'histologie (année 1891).

OBSERVATION I.

LIPOME ENCAPSULÉ.

La nommée M. Marie, âgée de 31 ans, fille de ferme, entre à l'Hotel Dieu de Nantes, le 27 mai 1891, salle 21, lit 8, dans le service de M. le Dr Boiffin.

La malade d'apparence assez chétive aujourd'hui avait toujours joui d'une santé robuste avant l'accident dont les suites l'ont obligée à entrer à l'Hotel Dieu.

Il y a 6 ans, elle fit, en courant, une chute dans un fossé, tomba sur les pieds et ressentit une violente secousse, en même temps qu'une vive douleur retro-sternale. A la suite de cet accident, elle fut prise de vomissements qui durèrent 3 semaines. Quand ils eurent cessé, elle constata qu'il s'était formé dans la région de l'épigastre une tumeur dont le volume était alors celui d'un œuf de pigeon.

Depuis cette époque, la tumeur a grossi lentement, en même temps que l'état général de cette femme s'affaiblissait peu à peu. Elle est en effet sujette à des vomissements, à des céphalalgies surtout après un travail fatigant. Elle a aussi souffert de vives douleurs dans la région de l'estomac, de coliques, et de diarrhées qui ont souvent duré plusieurs semaines.

Quelquefois, quand elle est couchée, elle a la sensation d'un poids sur l'estomac et de temps en temps de l'insomnie avec de la dyspnée.

Le volume de la tumeur, au dire de la malade, serait variable. Ainsi, après le travail de la journée, elle augmenterait et deviendrait plus grosse le soir que le matin au réveil. La douleur serait en rapport avec l'augmentation de volume.

Au moment de notre examen, nous constatons que le néoplasme occupe la région épigastrique; il est situé entre l'ombilic et l'appendice xiphoïde, un peu à droite, en dehors de la ligne blanche.

Sa forme, nettement accusée, est arrondie un peu aplatie, elle a le volume d'une mandarine. Elle est molle, fluctuante, sans bosselures à la surface, mate à la percussion, irréduc-

tible. Les douleurs, siégeant au niveau de la tumeur, sont lancinantes, sans irradiation aucune; elles sont accompagnées des troubles gastriques décrits plus haut. La palpation n'est pas très douloureuse à moins que la pression ne soit forte. On sent un choc si l'on prend la tumeur à pleine main, et si on fait tousser la malade. La peau qui recouvre la tumeur est normale, et glisse facilement à la surface. Elle semble quelque peu adhérente par la face profonde aux tissus sous-jacents. Il existe en effet en ce point une sorte de pédicule empêchant de saisir la tumeur et de la détacher des plans musculo-aponévrotiques sous-jacents. Cependant, elle est mobile sur le pédicule et on peut la déplacer de haut en bas, et de droite à gauche. Pour toutes ces raisons, le diagnostic reste hésitant entre une hernie épigastrique et un lipome.

Dans les antécédents de cette malade, nous avons relevé un fait important au point de vue des symptômes douloureux. Dans ses occupations, en effet, elle avait l'habitude d'appuyer sur la région épigastrique les fardeaux qu'elle était obligée de porter. Ses affirmations sur ce point sont catégoriques.

L'opération eût lieu le 4 juin. M le Dr Boiffin fait une incision verticale de la peau passant par le centre de la tumeur : il dissèque avec soin dans tous les sens ; en avant cette dissection est facile, car le tissu fibro cellulaire entourant la tumeur est lâche, et il n'y a pas d'adhérences. Arrivé aux couches profondes, il est obligé de disséquer avec le bistouri le tissu qui unit la tumeur aux plans aponévrotiques sous-jacents ; mais on ne trouve pas de pédicule véritable.

L'examen macroscopique fait reconnaître un lipome encapsulé très mou. La plaie suturée est recouverte d'un pansement aseptique et légèrement compressif. Les suites opératoires ont été excellentes, jamais la température n'a dépassé 37°6. Dès le lendemain de l'opération, la malade ne souffrait plus, elle sortait de l'hôpital le 8 juin.

Nous avons eu l'occasion de revoir la malade au mois d'octobre 1891, elle était en convalescence d'une fièvre typhoïde. Il ne restait d'autres traces de son ancienne tumeur que la cicatrice laissée par la plaie opératoire. Les symptômes douloureux et intestinaux avaient complètement disparu.

OBSERVATION II.

LIPOME DIFFUS.

V. Marie, âgée de 59 ans, entre le 30 mai 1891 à l'Hôtel-Dieu de Nantes, Salle 21, lit 24. Femme de pêcheur, quelquefois occupée aux travaux des champs, elle n'a jamais été malade. Il y a 5 ou 6 ans, elle a remarqué à l'occasion d'un labeur plus pénible, l'existence d'une tumeur de la grosseur d'un pois siégeant à l'épigastre. Elle affirme, à plusieurs fois différentes, que cette tumeur serait survenue à la suite des pressions que subit cette région; elle a en effet l'habitude d'y appuyer de lourds fardeaux.

Le Dr Viau, de l'île d'Yeu, qui la vit alors diagnostiqua un lipome. La malade pouvait à cette époque pincer le néo-

plasme et le faire rouler sous la peau. Depuis la tumeur a grossi lentement. L'état général s'est notablement modifié. Elle a de fréquentes envies de vomir, elle rend des glaires, mange peu, est facilement essoufflée, et fatigue beaucoup au moindre effort. Pour toutes ces raisons, son rude métier lui est devenu difficile. Son sommeil est souvent pénible et troublé par des douleurs très-vives, qui apparaissent à l'épigastre à la suite de la pression légère des draps ou même spontanément. Elle éprouve parfois à cette région une sensation désagréable de froid, sensation qu'elle calme en appliquant la main sur la région.

La tumeur circulaire, aplatie, siège au dessus de l'ombilic et mesure environ 7 centimètres dans le sens vertical et 5 dans le sens horizontal, son bord supérieur remonte jusqu'aux fausses côtes gauches. Elle est manifestement située dans le tissu cellulaire sous-cutané, peu saillante sous les téguments, sans contours bien nets, mate à la percussion. Elle est légèrement fluctuante; la palpation, d'ailleurs très douloureuse, donne une sensation d'empâtement avec bosselures à la surface séparées par des sillons, se dessinant sous la peau pendant le pincement de la tumeur. Assez adhérente aux téguments, elle est mobile sur les couches profondes. Il n'y a pas de changement de coloration à la peau. Malgré la singularité de ces symptômes, M. le Dr Boiffin, après examen de la tumeur, n'hésite pas à diagnostiquer un lipome.

Les instruments stérilisés à 120°, les tampons et la soie passés à l'autoclave, l'opération est faite le 2 juin. Le docteur

Boiffin, après une incision verticale, tombe sur la tumeur qui se confond avec le tissu adipeux sous-cutané et dont l'aspect macroscopique graisseux confirme absolument le diagnostic du lipome. Il la fend en deux parties, puis déchire avec le bistouri le tissu conjonctif qui l'unit aux plans fibreux profonds et à la peau. Il enlève avec beaucoup d'attention tous les lobules graisseux qui semblent faire partie de ce lipome diffus.

Suture de la peau au crin de Florence, pansement compressif à la gaze iodoformée et au coton hydrophile. Suites opératoires excellentes. Température maxima 37°5. Le lendemain et pendant 8 jours consécutifs, cette femme n'a éprouvée ni souffrances, ni trouble des voies digestives; tous les symptômes constatés avant l'opération avaient disparus. Elle sort guérie le 10.

Nous avons appris depuis, par une malade venue de l'île d'Yeu à l'hôpital de Nantes, que cette amélioration s'est continuée

CONCLUSIONS.

I. Les lipomes sous-cutanés, tumeurs généralement indolores, peuvent revêtir la forme douloureuse dans certaines régions, et en particulier dans la région épigastrique.

II. Les lipomes épigastriques peuvent être encapsulés ou diffus.

III. Ils semblent se développer sous l'influence des pressions locales répétées.

IV. Les lipomes douloureux de la région épigastrique déterminent des accidents semblables à ceux de la hernie épigastrique : douleurs locales, troubles digestifs, accidents nerveux généraux. Le diagnostic en est parfois difficile.

V. Ces tumeurs, de nature essentiellement bénigne, peuvent ainsi devenir l'origine d'accidents sérieux empêchant le travail et menaçant la santé ; dans ce cas, l'extirpation fait disparaître rapidement ces symptômes.

Vu :

par le doyen,
BROUARDEL

Vu : par le Président de la thèse.
GUYON

Vu et permis d'imprimer :
le vice-recteur de l'Académie de Paris
GRÉARD

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

- BAUX. *Thèse Paris*, 1880.
- BLASCHO. *Archiv für Path.* Berlin 1891, tome 124, p. 175.
- BOYER. *Traité des maladies Chirurgicales*. 1828, II, 343, et 406.
- BROCA. *Traité des tumeurs*. 1866, I, 143 ; 1869, II, 375, et suivant.
- Bulletins de la société Anat. path. de Bruxelles*. 1886, vol. 35, p. 102.
- CHOPART. *Essai sur les loupes. in Mémoire sur les sujets proposés pour le prix de l'Académie royale de Chirurgie*. 1778, tome X, 122.
- Compendium de Chirurgie*. 1845, I, 603, et suivant.
- CORNIL ET RANVIER. *Hist. path.* I, 494.
- COURTADE. *Union médicale*. 10 février 1883.
- CRUVEILHIER. *Anat. path.* 1856, III, 302, et suivant.
- *Anat. descriptive*. I, 530.
- DARBEZ. *Thèse Paris*. 1868.
- Dictionnaire Dechambre*. I, 1^{ere} série, 188 ; II, 2^e série 638.
- Dictionnaire Jaccoud*. I, 38 ; 20, 616.
- DUPLAY ET RECLUS. *Traité de Chirurgie* 1890, I, 431, et suivant.
- DUPUYTREN. *Cliniques Chirurgicales*. 1839, IV, 425.
- Encyclopédie internationale de Chirurgie*. 1888, IV, 771.
- FOLLIN, DUPLAY. *Traité élémentaire de Path. Ext.* 1869, I, 196 ; 1878, V, 809.
- GIRARD. *Lupiologie in Journal de Médecine et Chirurgie de Roux*, n^o 1775, p, 392.
- GROSCH. *Studien ueber das Lipom. in Deutsche Zeitschziff für chirurgie Leipzig* 1887. T. 26. p. 307 382.
- GROSS. *Nouveaux éléments de Path. et de Clinique Chirurgicale*. 1891. II 575.
- KROHN. *Thèse Paris*, 1886.

- LANCEREAUX. *Anat, path*, 1875-77, I. 335.
- LARDIER. *Revue Med. de l'est. Nancy* 1884. 243-247. .
- *Journal de Med. et Chirur. pratique*, 1889. n° 60. 605.
- LEYDEN. *Zeitschrift für Klini. Med.* 1882, IV. 604.
- MARFAN. *Gaz. méd. Paris* 1882, 433, 449.
- MONTFALCON. *Dictionnaire des sciences Médicales*, 60 vol. 1815 XXIX p. 76.
- MORGAGNI. *De sedibus et Causis morborum* 1822, traduction par Desormeaux et Destouet T. VII Epis. 43 Art. 10 p. 28 T. VIII Epis 50 Art. 23 et 24 p. 124.
- MORSANT BAKER ET BOWLBY.
- *Royal médical and. Chir. Soc. London* 1885-86. II. 3-7.
- *British med. Journal.* London 1885. II. 831.
- *Médical chirurg. Transac.* London 1886, vol. 69. 41-62
- *Gaz med. Paris*, 1889, 127.
- NÉLATON. *Eléments de Path. Chirurgicale.* 1868, 2^e édition. I. 511.
- OZENNE. *Journal de med.* Paris 1889. 341.
- PAGET. *Lectures on tumours.* London 1853. 129.
- PÉAN. *Diag. et trait. des tumeurs de l'abdomen.* 1880, I. 122.
- PERROTE. *Thèse Paris*, 1857.
- POULET. BOUSQUET. *Trait. de Path. Ext.* 1885. I. 55.
- POULET. *Mémoires sur les lipomes de la main in. Revue de Chirurgie*, 1886. 608.
- PRAT. *Thèse Strasbourg*, 1858.
- RECLUS. *Manuel de Path. Ext.* 1885, I, 176
- SABATIER. *Médecine opératoire*, 1811, II, 98
- SANSON, BÉGIN. *in médecine opératoire de Sabatier* 1824, III 99 et 100
- TILLAUD. *Anat. topogra.*, 1884, 640.
- *Semaine médicale*, 1887, 15 juin. 241
- *Clinique chirurgicale*, 1889, II, 97
- VELPEAU. *Gaz des hôpitaux*, 1861 p. 105

VERNEUIL. *Société de biologie*, 1854, p. 11

— *Gaz. med. Paris*, 1854, 242

— *Association française pour l'avancement des sciences*, 15^e session,
Nancy. 1886, I, 205

VIDAL DE CASSIS. *Traité de path. Ext.* 1839, I, 258

VIRCHOW. *Path. des tumeurs*. Traduction de Arronshon, 1867, I, 361

VOGEL. *Anat. path.* Traduction de Jourdain, 1847; 191 et suiv.

